

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTUDO DA DEPRESSÃO E DA QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO EM
DIFERENTES MEIOS ECOLÓGICOS**

Sílvia Isabel Pires Campino

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo da Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTUDO DA DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO EM
DIFERENTES MEIOS ECOLÓGICOS**

Sílvia Isabel Pires Campino

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva

MESTRADA INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial por toda a colaboração da Professora Doutora Maria Eugénia Duarte Silva na orientação deste trabalho, por todo o incentivo, apoio e disponibilidade que prestou de forma incondicional, tornando-se para mim uma referência que nunca vou esquecer. Muito obrigada.

À Professora Doutora Joana Calado, por me permitir participar no seu estudo e partilhar comigo toda a sua experiência e material necessário para que todo o processo fosse possível.

A ti, Celina, por mesmo que fisicamente estejas longe estás sempre presente nos momentos, incertezas e dificuldades e fazes-me acreditar que tudo é possível. Obrigado Amiga.

A todos os professores do Mestrado, pelos ensinamentos que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

A todos os participantes deste estudo que aceitaram prontamente participar na investigação.

Aos colegas da turma em especial à Carla Carvalho e Sónia Torcato por todo o vosso apoio. Um grande Obrigado!

A toda a família, em especial aos meus pais, mana, cunhado e a ti Maria, pelo apoio excecional que sempre me deram.

À D. Ana, Sr. José, Carocha e Ivo por toda a força e alento que sempre me transmitem.

Aos meus colegas de trabalho, pela sua ajuda preciosa nas trocas de turno.

E por fim, ao Frederico pelo amor que sempre me dás, por estares sempre ao meu lado e me fazeres sentir tão especial. Sem ti poderia fazer este mestrado mas não seria a mesma coisa! Um muito Obrigado.

Resumo:

O presente trabalho debruça-se sobre o estudo da depressão e da qualidade de vida nos idosos, em meio rural e meio urbano, bem como sobre a relação existente entre estas duas variáveis. Além disso, procura avaliar a relação de variáveis sociodemográficas com a depressão e a qualidade de vida.

Neste estudo foram utilizados três instrumentos de avaliação: Escala de Depressão CES-D - Centro de estudos epidemiológicos, na sua versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2003), WHOQOL-BREF (versão portuguesa de Canavarro et al. (2007) e um questionário para recolher informações sobre os dados sociodemográficos.

Amostra constituída por 123 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos. Os resultados mostraram que os participantes do meio rural e do meio urbano não se distinguem na sintomatologia depressiva mas distinguem-se na qualidade de vida, domínio físico e ambiente, apresentando os do meio urbano uma avaliação mais elevada. Para além disso observou-se, na generalidade da amostra, que quanto mais elevada é a sintomatologia depressiva mais baixa é a qualidade de vida, sendo que a sintomatologia depressiva é, tendencialmente, mais elevada nas mulheres do que nos homens e, por sua vez, a qualidade de vida, tendencialmente mais elevada nos homens. Verificaram-se, ainda, associações significativas entre variáveis sociodemográficas e a depressão e a qualidade de vida. Os resultados são discutidos com base na literatura existente. São referidas as limitações do estudo e propostas para futuras investigações.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; Depressão; Qualidade de Vida, Meio Rural, Meio Urbano;

Abstract:

This research addresses the study of depression and quality of life in elderly people, living in rural and urban areas, as well as the relationship between these two variables. The association between socio-demographic variables and depression and quality of life is also under study.

Three assessment instruments were used: Depression Scale CES-D-Epidemiological Centre Studies in the Portuguese version of Gonçalves and Fagulha (2003), the WHOQOL-BREF in the Portuguese version of Canavarro et al (2007) and a questionnaire in order to collect socio-demographic data.

Sample of 123 subjects, both gender, aged 65 years old and over. Results showed that participants from rural area are not different from the ones of urban area in what concerns depressive symptoms. However in the physical and in the environmental domains of quality of life, they differ, as participants from the urban area assess it higher than the rural ones. In the global sample, higher depression symptoms are associated with lower quality of life. In addition, women tend to express higher depression symptoms than men, and men tend to express higher levels of quality of life than women. Some associations between socio-demographic variables, depression and quality of life were found. Results are discussed in accordance with the literature. Limitations are pointed out and suggestions for future research are proposed.

KEY WORDS: Elderly, Depression, Quality of Life, Rural Area, Urban Area

Índice

Introdução	1
Capítulo 1. Contextualização Teórica	3
1.1. O processo de Envelhecimento	3
1.2. A depressão no Idoso	6
1.3 A Qualidade de vida no Idoso	9
1.4 Meio rural Vs. Meio urbano	11
Capítulo 2. Objetivos e Hipóteses do Estudo	13
Capítulo 3. Metodologia	15
3.1. Caracterização da amostra e Participantes	15
3.2. Instrumentos	16
3.2.1. Questionário Sociodemográfico	16
3.2.2. Escala de Depressão CES-D-Centro de estudos epidemiológico	17
3.2.3. WHOQOL-BREF (versão portuguesa de Canavarro et al. (2007))	18
3.3. Procedimento	19
3.4. Procedimento Estatístico	19
Capítulo 4. Resultados	21
4.1. Análise das Hipóteses em estudo	21
Capítulo 5. Discussão dos Resultados	25
Capítulo 6. Conclusão	30
Referências Bibliográficas	33
ANEXOS	38
Questionário Sociodemográfico	39

Índice de Tabelas

Tabela 1 - <i>Dados sociodemográficos</i>	15
Tabela 2 – <i>Estatísticas descritivas: WHQOL</i>	21
Tabela 3 – <i>Estatísticas descritivas: CES-D</i>	21
Tabela 4 – <i>Correlação entre a qualidade de vida e a idade</i>	24

Introdução

De acordo com os dados recentes do INE (Instituto Nacional de Estatística) relativamente às projeções para os próximos 50 anos, em Portugal, o índice de envelhecimento da população aumentará. Ocorrerá um aumento considerável da percentagem de população com 65 ou mais anos de idade (passando de 17.4%, em 2008, para 32.3%, em 2060) (Instituto Nacional de Estatística, 2009). Desta forma, Portugal tem enfrentado uma realidade com um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com o aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país (Paúl & Fonseca, 2005). Estes acontecimentos reforçam a emergência de desenvolver meios para melhor atender às eventuais dificuldades deste grupo populacional em crescimento.

A aquisição de dados de caracterização da qualidade de vida, do ponto de vista dos próprios idosos, poderá ser um elemento fulcral para ativar meios ajustados a essa população, meios esses que possibilitem alcançar um envelhecimento bem-sucedido e melhor qualidade de vida, ou seja, investigações sobre estas temáticas são importantes para responder às necessidades da população idosa e desenvolver opções e ações de intervenção na área da saúde do idoso.

Também existe a crença que a partir da reforma se inicia a velhice, e que esta fase da vida é pautada por perdas múltiplas, declínio e ou deterioração das capacidades funcionais. Além disso, a depressão é considerada, hoje em dia, um problema de saúde importante que atinge pessoas de todas as idades, conduzindo a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008) mas que poderá ter um impacto específico na velhice. A depressão, mais que um sentimento, pode ser vista como uma doença mental grave e incapacitante, interferindo em todos os aspetos do dia-a-dia de uma pessoa. Um indivíduo deprimido pode manifestar mudanças

cognitivas e comportamentais características desta desordem emocional: Falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares (Zimerman, 2000). As alterações físicas, psicológicas e sociais, que podem surgir com o envelhecimento, poderão ser atenuadas ou aumentadas pelo contexto em que o idoso se inclui. Desta forma, a visão do envelhecimento da população requer a promoção do envelhecimento ativo como prevenção da incapacidade, fomentando também o aumento do bem-estar e a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2008).

Dado que na população portuguesa existem diferenças na distribuição, ao longo do território português, urbano versus rural (INE,2011), parece ser pertinente comparar amostras de idosos residentes nas duas zonas, tendo em conta a sua qualidade de vida, depressão e a associação entre as duas variáveis.

O presente estudo encontra-se organizado de acordo com as seguintes secções: o primeiro capítulo assenta num enquadramento teórico relativo a uma perspetiva geral do envelhecimento, depressão, qualidade de vida, nos diferentes meios rural/urbano; no segundo capítulo, delineiam-se os objetivos e as hipóteses; no terceiro capítulo, procede-se à descrição da metodologia, onde será realizada a caracterização dos participantes, a descrição dos instrumentos utilizados e os procedimentos estatísticos de análise; no quarto capítulo, serão apresentados os resultados obtidos; no quinto capítulo, discutem-se os resultados; e, por fim, no sexto capítulo, expõem-se as conclusões finais do trabalho.

Capítulo 1. Contextualização Teórica

1.1 Processo de envelhecimento

Segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE] em 2011, é observável um aumento da população idosa, mantendo-se a tendência para o envelhecimento demográfico (resultante do declínio da natalidade e aumento da longevidade). Os idosos portugueses (sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos) constituem 19% da população geral. Desta forma torna-se imperativo estudar o processo de envelhecimento, de forma exaustiva, tendo em conta várias teorias sobre o envelhecimento e a sua evolução.

Antes de mais é importante referir a definição da OMS - idoso é aquele que completou já 65 anos de idade, no entanto, ainda que pareça ser necessário o estabelecimento de um marco cronológico, qualquer classificação calculada, unicamente, com base na idade cronológica, torna-se insuficiente para a conceptualização dos processos diferenciais de envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2000), já que, de acordo com outros autores, ser idoso pode refletir-se na forma de sentir, física, mental e socialmente (Novo, 2003)

Ao longo dos anos, as teorias sobre o envelhecimento têm vindo a ser alvo de várias alterações, no sentido de uma visão substancialmente negativa para uma visão positiva.

Erikson (1982) é um dos teóricos que vem mudar a forma de compreender o envelhecimento, visualizando o desenvolvimento em estádios que se organizam em torno de conflitos básicos e representativos de cada momento da vida do ser humano. Para este autor, o desenvolvimento ocorre ao longo de oito estádios, em que a passagem que permite a movimento de um estágio para o outro é o conflito. Cada fase é caracterizada por uma crise e exige a resolução e a superação de um conflito interno/externo. Estas crises são definidas por um duplo

polo contraditório (positivo e negativo), em que o indivíduo escolhe um ou outro, de acordo com as exigências sociais. O último estágio proposto por este autor apresenta o conflito entre Integridade do Eu e Desespero. O idoso tem de fazer um balanço da sua vida, analisando o que ficou por conquistar e o que foi conquistado. Se essa análise é positiva, o indivíduo define a sua existência como positiva (Integridade), mas se a avaliação for negativa, aparece o desejo de voltar atrás, de reformular escolhas e, ao confrontar-se com o ser demasiado tarde, pode instalar-se o sentimento de angústia e de desespero.

Contrapondo as opiniões negativas sobre os idosos descritos como homogeneamente deprimidos e cognitivamente debilitados, encontram-se ainda outras teorias que suportam a visão do envelhecimento como envolvendo um desenvolvimento positivo. Essas teorias designam o envelhecimento como um "envelhecimento bem-sucedido". Alguns autores como Rowe e Kahn (1999) defendem que promover a saúde física com hábitos de vida saudáveis, a manutenção de relações próximas e manter-se envolvido em tarefas que sejam significativas é importante para o bem-estar no decorrer da vida, promovendo a saúde em geral, constituindo condições que profetizam a longevidade. Esta teoria presume a otimização do funcionamento do indivíduo na sua totalidade (saúde, funcionamento cognitivo, emocional e social) ao longo da vida e, caso necessário, a compensação do declínio e perdas, colocando realce no controlo pessoal e na reorganização do Self.

Baltes e Baltes (1990) consideram o envelhecimento um processo adaptativo e dinâmico, constituído por uma série de adaptações feitas pelos indivíduos, podendo o envelhecimento bem-sucedido ser alcançado através do processo de otimização seletiva com compensação [SOC], ou seja, o indivíduo realiza tarefas que lhe são importantes apesar do decréscimo das suas capacidades. Posteriormente é essencial que o sujeito selecione os seus esforços, tendo em conta o

possível decréscimo das suas limitações físicas e cognitivas. Sem dúvida esta seleção implica que as expectativas sejam ajustadas de forma a permitir satisfação e controlo pessoal. A otimização pode então ser vista como um processo de potencializar os recursos para atingir os objetivos selecionados e a compensação surge quando algumas das capacidades são perdidas e/ou reduzidas, sendo necessária a substituição de processos para a manutenção do nível de funcionamento ou aquisição de novos meios e aprendizagens para compensar o declínio.

A teoria do processo de Identidade de Sneed e Whitbourne, (2005) sugere que a adaptação ao processo de envelhecimento é a forma como o indivíduo ajusta os desafios para o *Self*, potenciando a sua capacidade para organizar as experiências de vida, através dos processos de assimilação, acomodação e equilíbrio da identidade, e é este equilíbrio dinâmico, entre os três processos, que constitui, segundo estas teorias, a abordagem mais adaptativa ao processo de envelhecimento

No entanto, é importante não esquecer que, no processo de envelhecimento, a vulnerabilidade do idoso pode alterar consoante diversos fatores, não completamente independentes: acidentes e stressores independentes da idade, doenças e incapacidade, ambiente físico (clima, altitude, poluição, radiações), ambiente social (família, amigos, cultura, religião, envolvimento grupal), estilo de vida (dieta, exercício, sono, atividade sexual, lazer, atividades de risco), experiência (aprendizagem, sabedoria, comportamento adaptativo, emprego) e a atitude ou perspetiva face à vida. (Paúl, 2005)

Desta forma, podemos dizer que o envelhecimento é um período de mudanças que carecem de medidas preventivas, no sentido de controlar e reduzir o impacto destas mudanças que podem levar a alteração da qualidade de vida e eventualmente a quadros depressivos.

1.2. A depressão no Idoso

A diversidade das queixas de sintomas relacionados com depressão, perante um investigador menos atento pode marcar a diferença entre a desvalorização dos sinais e sintomas, que poderiam ser a pista fundamental para o tratamento e a melhoria da qualidade de vida do idoso, e o percurso da doença para a cronicidade e, até em casos mais graves, para a morte. A extrema atenção que é necessário dispensar aos sintomas do idoso justifica-se plenamente pois que a sua atipicidade não permite fazer a correspondência, na maioria das situações, com os critérios classificativos de depressão major existentes na CID-10.

Uma das dificuldades no diagnóstico na depressão prende-se ao fato de esta ser considerada, muitas vezes, como “normal” no processo de envelhecimento (Vaz, 2009). Podemos dizer que a depressão é uma das principais causas de incapacidade, sendo previsível que, até ao ano de 2020, assuma o 2º lugar em termos de anos de vida perdidos por incapacidade, logo a seguir às doenças cardiovasculares, segundo a organização mundial de saúde (WHO, 2001).

Segundo Carvalho, e Fernandez (1999), está estimado que cerca de 40% dos idosos com depressão não são diagnosticados. A dificuldade em diagnosticar a depressão no idoso deve-se a múltiplos fatores, entre os quais, as falsas crenças quer de familiares, quer dos profissionais de saúde, que consideram a tristeza e a depressão como normas do envelhecimento. Deve-se também ao próprio idoso, que frequentemente não acredita na medicação e muitas vezes tem mesmo medo dela, evitando o seu tratamento e mantendo o sofrimento. A sintomatologia é muitas vezes mascarada pelo próprio, devido à presença de doença física. Por outro lado, os problemas mal resolvidos, por parte dos familiares ou cuidadores, como sejam mágoas

conscientes ou inconscientes relativas ao idoso, dificultam que aceitem a vertente psicológica e reconheçam a necessidade de tratamento como de qualquer outra doença.

Vários estudos apontam para uma prevalência de sintomas, clinicamente significativos, entre os idosos, de cerca de 8-16%. Segundo Blazer (2009), os estudos apontam para uma maior prevalência de sintomas depressivos entre os idosos mais velhos, e os fatores idade, género, limitação física e nível socioeconómico parecem afetar o aparecimento de sintomas depressivos.

Outro autor, Hughes (2005), vai mais longe e refere que existem alguns fatores que determinam o risco e a predisposição da depressão no idoso, entre os quais podemos enumerar a história familiar, o baixo nível socioeconómico, a história prévia de depressão, o fraco suporte social, fatores de personalidade, o género feminino e a medicação ou consumo de substâncias como o álcool.

A sintomatologia depressiva nos adultos mais velhos apresenta características distintas de acordo com as especificidades quer da idade, quer da expectativa de vida, podendo aparecer em situações específicas como no luto, nas mudanças adaptativas, na autoestima, pessimismo, falta de interesse, lentificação motora, isolamento e diminuição da expectativa e da construção de objetivos e sonhos (Aguiar & Dunningham, 1993; Brink, 1983; Busse & Blazer, 1992; Léger, Tessier, & Mouty, 1994 cit. por Pasqualotti, Barone, & Doll, 2008).

Segundo Zirmerman (2000), a depressão pode levar a alterações de vária ordem, por exemplo na área intelectual, poderá levar a perdas de memória e dificultar por isso os processos de aprendizagem, a nível somático, poderão ocorrer problemas gastrointestinais ou até mesmo problemas cardíacos, na área social, poderá levar ao isolamento.

Em suma, pode dizer-se que a depressão é uma condição que afeta a pessoa em alguma fase da sua vida, seja como humor transitório ao sentir-se abatida ou melancólica, seja sob uma

forma mais severa, podendo prejudicar os desempenhos físicos e psicológicos (Oliveira, Gomes, & Oliveira, 2006). No caso da população envelhecida, o idoso vive uma situação de perdas que podem ser vistas como contínuas. Segundo Ballone (2002, cit. por Martins, 2008), estas perdas despertam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por levar a quadros depressivos.

Blazer (2009) dedicou-se a elaborar um enquadramento teórico sobre as origens psicodinâmicas da depressão nos idosos. Este autor menciona primeiro o postulado central comum a todas as teorias psicodinâmicas que explicam a origem da depressão, a existência de uma continuidade dos processos mentais desde a infância, ao longo de todo o ciclo de vida, sendo que os conflitos afetivos, que ficaram por resolver, acabarão por reemergir, mais tarde, no decorrer do ciclo de vida.

Beck (1967), citado por Blazer (1993), categorizou os sintomas depressivos em emocionais, cognitivos, físicos e motivacionais. Os sintomas emocionais são caracterizados pela diminuição da satisfação com a vida, perda de interesse, irritabilidade, vazio; os sintomas cognitivos representam-se por baixa auto-estima, pessimismo, criticismo, pensamentos suicidas; e os sintomas físicos expressam-se na perda de apetite, fadiga, perturbações de sono, inquietação, entre outros; os motivacionais estão relacionados com a perda de motivação.

Ao longo dos anos, foram realizados vários estudos em Portugal sobre a prevalência da depressão nos idosos. Por exemplo, Valente (1991), elaborou um estudo com os idosos que frequentavam os centros de saúde de Lisboa e obteve uma prevalência de 35% . Ainda outro dado curioso, Seabra e col. (1991) realizou um estudo com idosos na zona do Algarve e obteve uma prevalência de depressão de 72%. Perante estes dados torna-se primordial elaborar mais estudos para que se possa entender melhor esta temática nos adultos mais velhos, pois a

sociedade de hoje é uma sociedade envelhecida, no entanto, é também uma sociedade onde podemos viver mais tempo na velhice, devendo-se pois garantir a qualidade de vida dessa vivência. (Fonseca, 2005).

1.3. A Qualidade de vida no Idoso

Nos anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) circunscreveu o conceito de Qualidade de Vida como sendo a percepção individual da posição da pessoa na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (WHOQOL Group, 1994 cit. por Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005). Conforme o modelo da OMS, a qualidade de vida agrega a dimensão física, psicológica, social e ambiental, introduzindo variáveis diversificadas (Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005). Assim, podemos dizer que a qualidade de Vida possui várias propriedades, sendo assim multifatorial, além disso é uma variável baseada na percepção pessoal que varia com o tempo e é subjetiva. Portanto, para o estudo da mesma deve-se considerar as várias dimensões implicadas.

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, há consonância entre os vários pesquisadores, de diferentes culturas, acerca de três características deste constructo *qualidade de vida*: (a) *subjectividade* (depende das percepções da pessoa); (b) *multidimensionalidade* (inclui, pelo menos, três dimensões, a física, a psicológica e a social); (c) *presença de dimensões positivas* (ex. autonomia) e *negativas* (ex. dependência) (Fleck et al., 1999a).

Considera-se que esta definição detém um conhecimento vasto e complexo de qualidade de vida, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações

sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio envolvente (em que o indivíduo está inserido) (WHOQOL Group, 1995, cit. por Canavarro et al., 2005).

A partir do momento em que a qualidade de vida passou ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, emergiu uma ampla preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas, levando a um aditamento de interesse sobre este tema (Paúl & Fonseca, 2005).

Desta forma, o processo de envelhecimento seria em parte determinado pelo contexto social em que a pessoa envelhece. Isto é, as alterações físicas, psicológicas e sociais, que podem surgir com o envelhecimento, podem ser atenuadas ou aumentadas pelo contexto em que o idoso se inclui. Existem assim determinantes, nomeadamente, o estilo de vida, os apoios sociais e de saúde, a disposição, a espiritualidade, as redes sociais, o desempenho de atividades, o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social (Sousa e col., 2004; Paúl & Fonseca, 2005). Ou seja, a maior ou menor qualidade de vida das pessoas idosas está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem.

A qualidade de vida, com o evoluir dos tempos e com os estudos que se debruçaram nesta temática, fizeram com que este conceito evoluísse e passasse a ser visto como um sentimento de bem-estar pessoal, em associação a determinados indicadores objetivos, nomeadamente biomédicos, psicológicos e sociais, e indicadores subjetivos, pois tem em conta a opinião que cada indivíduo possui sobre a satisfação com a sua vida. Ter qualidade de vida é beneficiar de um misto de condições onde os indivíduos conseguem desenvolver ao máximo as suas potencialidades, vivendo, sentindo, trabalhando e produzindo. (Santos, 2008)

Sintetizando, a qualidade de vida progredindo desde uma concepção em que se destacam os aspetos objetivos de nível de vida, passando por uma concepção onde se evidenciam os aspetos subjetivos, até à concepção atual onde estão presentes a subjetividade e o carácter multidimensional da qualidade de vida (Castellón, 2003, cit. por Fonseca, 2005).

No entanto é importante não esquecer que também existem outros determinantes como as características de cada sujeito específico, em complemento com as características ambientais que podem atuar quer como entraves, quer como facilitadoras de certos comportamentos, levando a maior ou menor adaptabilidade ao processo de envelhecimento. Sendo pois crucial estudar o envelhecimento nos vários meios (urbano e rural).

1.4 Meio rural Vs. Meio urbano

Com as diferenças que existem entre meio rural e meio urbano, encontram-se modos de vida diferentes e certos fatores que influenciam a perceção de qualidade de vida por parte dos idosos.

As mudanças que são vivenciadas pelo adulto mais velho podem ser alteradas pelo contexto onde este está inserido. Consequentemente torna-se primordial estudar a influência do contexto no envelhecimento, somente desta forma é que é possível compreender os idosos que vivem em diferentes meios, sendo que cada meio ambiental dita a experiência do envelhecimento (Sequeira & Silva, 2002).

Lawton e Nahemow (1973) vão mais longe afirmando que o comportamento apenas pode ser entendido em função da dinâmica da interação entre a pessoa e o ambiente, sendo que a satisfação com a vida resulta da eficaz interação do indivíduo com o meio onde vive.

Lawton (1989 cit. por Fonseca, 2005) afiança ainda que no meio rural o idoso é mais autônomo, sendo que ainda permanece ativo com o trabalho na agricultura ou até mesmo com a criação de animais, e onde todas as pessoas se conhecem e mantêm laços pessoais entre si, mais ou menos fortes. Por outro lado, Jardim (1991, cit por Melo & Neto, 2003) refere-se ao idoso que vive no meio urbano como tendo uma vida em maior anonimato, havendo neste meio menos intimidade na relação interpessoal, o que possibilita uma diminuição da qualidade de vida.

Desta forma o processo de envelhecimento é determinado pelo contexto social em que a pessoa envelhece, isto é, as alterações físicas, psicológicas e sociais, que podem surgir com o envelhecimento, podem ser atenuadas ou aumentadas pelo contexto em que o idoso vive e permanece, como já foi referido. Não podendo também esquecer que as características individuais de cada sujeito e as características ambientais podem atuar quer como barreira, quer como facilitadoras de certos comportamentos.

Alguns autores como Blazer e col. (1992, cit. por Fernandes, 2000) estudaram a influência do local de residência no aparecimento de algumas perturbações como a depressão, e chegaram à conclusão que os idosos residentes em meio urbano apresentaram valores mais elevados de perturbação do que os residentes em áreas rurais. Ou seja, o meio urbano exerce uma ação que pode ser considerada elevada relativamente ao desenvolvimento da depressão.

Além destes, outros autores nomeiam outras variáveis que influenciam a prevalência de depressão, sendo, por exemplo, identificada uma relação direta entre qualidade de vida e a depressão (Fleck e col., 2002; Xavier e col., 2001, cit. por Carneiro e col., 2007).

Atendendo a esta realidade, torna-se necessário investir em estudos nesta área e sobretudo, promover um envelhecimento bem-sucedido.

Capítulo 2. Objetivos e Hipóteses do Estudo

O presente estudo tem como objetivo geral aprofundar o conhecimento sobre a velhice, explorando a realidade da problemática da experiência do processo de envelhecimento, nomeadamente, através da avaliação da depressão e da qualidade de vida.

De forma mais detalhada, os objetivos específicos do estudo são os seguintes:

- Analisar em dois grupos constituídos a partir do meio (urbano e rural), onde o idoso reside, diferenças na prevalência da depressão.
- Analisar em dois grupos constituídos a partir do meio (urbano e rural), onde o idoso reside, diferenças na prevalência da qualidade de vida;
- Analisar a relação entre a depressão e variáveis sociodemográficas;
- Analisar a relação entre a qualidade de vida e variáveis sociodemográficas
- Analisar a relação entre a depressão e a qualidade de vida nas duas áreas de residência (urbana e rural);

Seguindo-se as hipóteses deste estudo:

Hipótese 1- Esperam-se diferenças nos níveis de depressão em função do meio onde os idosos residem.

Hipótese 2 - Esperam-se diferenças de qualidade de vida em função do meio onde os idosos residem.

Hipóteses 3 - Esperam-se diferenças nos níveis de depressão em função do género dos idosos.

Hipóteses 4 - Esperam-se diferenças nos níveis de qualidade de vida em função do género dos idosos.

Hipótese 5 – Espera-se uma relação negativa entre os níveis de depressão e a qualidade de vida.

Hipótese 6 - Espera-se diferenças nos níveis de depressão entre os idosos que vivem sozinhos e os que vivem com o cônjuge.

Hipótese 7 - Espera-se diferenças nos níveis de qualidade de vida entre os idosos que vivem sozinhos e os que vivem com o cônjuge.

Hipótese 8 – Espera-se uma associação entre a idade e os níveis de depressão.

Hipótese 9 - Espera-se uma associação entre a idade e a qualidade de vida.

Capítulo 3. Metodologia

Este capítulo é composto por quatro subpontos. No primeiro é realizada a caracterização dos participantes, no segundo faz-se uma descrição dos instrumentos utilizados no presente estudo e no terceiro e no quarto são abordados, respetivamente, o procedimento geral e os procedimentos estatísticos.

3.1. Caracterização da amostra e participantes

Colaboraram no estudo um total de 123 sujeitos, dos quais 52.0% residentes em meios urbanos e 48.0% em meios rurais. A maioria é do género feminino (56.9%), com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos ($M = 73.67$; $DP = 5.995$), com o ensino básico completo (46.3%), casados (67.5%), com filhos (87.6%), reformados (95.1%) e 58.7% considera que tem uma situação económica satisfatória.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos

	frequências	%
Meio		
Urbano	64	52,0
Rural	59	48,0
Género		
Feminino	70	56,9
Masculino	53	43,1
Habilitações académicas		
Sem escolaridade	4	3,3
Ensino básico incompleto	27	22,0
Ensino básico completo	57	46,3
Ensino Secundário incompleto	11	8,9
Ensino Secundário completo	14	11,4
Curso médio	5	4,1

Curso Superior	4	3,3
Outro	1	,8
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	4	3,3
Casado	83	67,5
Viúvo	28	22,8
Divorciado	8	6,5
<i>Reformado</i>		
Não	6	4,9
Sim	117	95,1
<i>Situação económica</i>		
Nada satisfatória	3	2,5
Pouco satisfatória	42	34,7
Satisfatória	71	58,7
Muito satisfatória	5	4,1

N=123

3.2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram os seguintes: Questionário Sociodemográfico; a escala *CES-D*, desenvolvida pelo *Center for Epidemiologic Studies of Depression*, adaptada para a população portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2003); o WHOQOL-BREF validado e aferido para a população portuguesa por Canavarro e col. (2007).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

De modo a ser possível sistematizar informação sociodemográfica e psicossocial mais específica dos participantes, foi administrado o Questionário Sociodemográfico. Através deste questionário foi possível recolher informação relativamente à idade dos participantes, ao género, à zona de residência, à escolaridade, à profissão, ao estado civil, à situação familiar e interpessoal, à situação económica e ocupacional.

3.2.2. Escala de Depressão CES-D-Centro de estudos epidemiológico

A depressão foi avaliada através a escala *CES-D*, desenvolvida pelo *Center for Epidemiologic Studies of Depression*, adaptada para a população portuguesa (Gonçalves & Fagulha, 2003).

Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de identificar sintomas depressivos na população geral.

Trata-se de uma escala com 20 itens, de autoaplicação. Os itens estão associados aos vários aspetos que surgem com a depressão: humor depressivo, sentimentos de culpa e desvalorização, sentimentos de desespero e desamparo, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbação do sono.

As respostas dadas são avaliadas pela frequência com que determinado sintoma esteve presente na semana anterior ao preenchimento da escala. As respostas são pontuadas de 0 a 3, numa escala de 4 opções: Nunca ou Muito Raramente (0); Ocasionalmente (1); com alguma frequência (2) e Com muita frequência ou sempre (3). O resultado final pode variar entre 0 a 60 pontos, em que pontuações mais altas indicam maior incidência de sintomas depressivos.

Esta escala foi adaptada para a população portuguesa através dos estudos realizados por Gonçalves e Fagulha (2004), tendo apresentado uma elevada consistência interna (Alfa de *Cronbach* .85). Loureiro, em 2009, apresentou também um estudo de validação da mesma escala para a população idosa, tendo encontrado um valor de consistência interna igualmente elevado (Alfa de *Cronbach* .89). No nosso estudo o valor obtido foi de .89.

3.2.3. WHOQOL-BREF (versão portuguesa de Canavarro et al. (2007))

A OMS, através do grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), desenvolveu um instrumento destinado a avaliar a qualidade de vida com uma perspectiva transcultural.

O primeiro instrumento para avaliação de qualidade de vida a ser criado foi o WHOQOL-100, sendo este constituído por 100 questões, referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Estes domínios estavam divididos em 24 facetas, cada uma delas constituída por quatro questões (Fleck, 2000). Mais tarde houve a necessidade de desenvolver um instrumento que fosse mais curto, que não exigisse tanto tempo de resposta, tendo sido desenvolvido o WHOQOL-BREF.

O WHOQOL-BREF foi validado e aferido para a população portuguesa por Canavarro e col. (2007). É composto por 26 questões, estando organizado em quatro domínios de Qualidade de Vida: 1) *físico*, 2) *psicológico*, 3) *relações sociais*, e 4) *ambiente*. Cada domínio é constituído por um conjunto de 24 facetas, sendo cada uma destas facetas avaliada por uma pergunta (correspondente a um item), incluindo ainda uma de qualidade de vida geral. Cada uma das facetas consta numa descrição de um estado, comportamento, capacidade ou uma percepção ou experiência subjetiva. As perguntas são respondidas através de escalas de tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e encontram-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa. Cada pergunta é cotada de 1 a 5, sendo que três itens, que foram formulados de forma negativa, devem ser invertidos, pois os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo e a interpretação dos resultados é feita de forma linear, isto é, resultados mais elevados caracterizam uma melhor qualidade de vida. (Silva, 2009)

Neste estudo, a utilização deste instrumento tem como objetivo a avaliação da qualidade de vida dos idosos participantes, tendo em conta os vários domínios da qualidade de vida. Os valores de Alfa de Cronbach obtidos foram de .87 no domínio físico, .84 no domínio psicológicos, .66 no domínio relações sociais, .82 no domínio ambiente e .56 no domínio geral.

3.3. Procedimento

O presente estudo fez parte de uma investigação mais lata, onde outras dimensões foram exploradas. Os dados foram recolhidos entre Março de 2015 e Junho de 2015, tendo abrangido zonas urbanas e zonas rurais. Foi uma amostra de conveniência, recolhida em bola de neve, no âmbito da esfera relacional dos investigadores envolvidos. Os participantes foram voluntários, com idade igual ou superior a 65 anos, pertencentes à população dita normal e não institucionalizados.

Foram entregues, aos participantes, os questionários, num envelope, incluindo o consentimento informado e uma carta que agradecia a participação, expondo o objetivo do estudo e a garantia do anonimato e da confidencialidade no tratamento dos dados.

Foi igualmente referido, na eventualidade de alguma dúvida, que estaria assegurada a disponibilidade para esclarecimentos por parte da investigadora.

3.4. Procedimento Estatístico

No presente estudo, os dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 21). Desta forma, foram realizados diversos procedimentos estatísticos: análise descritiva, análise correlacional e análise de diferenças entre grupos. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi

fixado em $(\alpha) \leq 0,05$.. Utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach para analisar a consistência interna dos instrumentos. Para testar a hipótese nº 5 usou-se o coeficiente de correlação de Spearman pois as variáveis não apresentavam distribuição normal. As restantes hipóteses foram testadas com o teste t de Student para amostras independentes pois estamos a comparar sempre dois grupos em variáveis de tipo quantitativo. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foi aplicado o teste não-paramétrico alternativo, designadamente o teste de Mann-Whitney.

Capítulo 4. Resultados

Neste quarto capítulo, são apresentados os resultados obtidos relativamente à análise das hipóteses propostas para este estudo.

Os valores obtidos pelos sujeitos nos vários domínios da qualidade de vida e na sintomatologia depressiva podem ser apreciados nas tabelas nº 2 e 3. Nela indicamos os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas: WHQOL

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	N
Domínio físico	2	5	3,54	0,75	115
Domínio psicológico	2	5	3,67	0,67	120
Domínio relações sociais	2	5	3,66	0,63	113
Domínio ambiente	2	5	3,40	0,58	118
Domínio geral	2	5	3,45	0,67	123

N=123

Tabela 3– Estatísticas descritivas: CES-D

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	N
Sintomatologia depressiva	0	46	15,18	9,87	113

N=123

4.1 Análise das Hipóteses em estudo

No que diz respeito à sintomatologia depressiva de idosos urbanos (mediana = 12.50) e rurais (mediana = 15), o teste U de Mann-Whitney não confirmou a existência de diferenças significativas ($U = 1544.50$, $z = -.296$, $p = .767$).

No domínio físico da qualidade de vida, o teste de Mann-Whitney encontrou diferenças significativas entre idosos urbanos (mediana = 3.86) e idosos rurais (mediana = 3.43), ($U = 1109.50$, $z = -3.048$, $p = .002$).

No domínio ambiente da qualidade de vida, o teste de Mann-Whitney encontrou diferenças significativas entre idosos urbanos (mediana = 3.63) e idosos rurais (mediana = 3.25), ($U = 1322.50$, $z = -2.258$, $p = .024$)

Na sintomatologia depressiva, o teste de Mann-Whitney não encontrou diferenças significativas entre idosos do género feminino (mediana = 14.0) e idosos do género masculino (mediana = 13.0), ($U = 1379.50$, $z = -1.164$, $p = .245$).

No domínio físico da qualidade de vida, o teste de Mann-Whitney não encontrou diferenças significativas entre idosos do género feminino (mediana = 3.5) e idosos do género masculino (mediana = 3.86), ($U = 1433.50$, $z = -1.178$, $p = .239$).

No domínio psicológico da qualidade de vida, o teste de Mann-Whitney não encontrou diferenças significativas entre idosos do género feminino (mediana = 3.67) e idosos do género masculino (mediana = 4.0), ($U = 1451.50$, $z = -1.719$, $p = .086$).

No domínio relações sociais da qualidade de vida, o teste de Mann-Whitney não encontrou diferenças significativas entre idosos do género feminino (mediana = 3.67) e idosos do género masculino (mediana = 3.67), ($U = 1522.50$, $z = -0.373$, $p = .709$).

No domínio ambiente da qualidade de vida, o teste de Mann-Whitney não encontrou diferenças significativas entre idosos do género feminino (mediana = 3.38) e idosos do género masculino (mediana = 3.50), ($U = 1714.0$, $z = -0.011$, $p = .991$).

No domínio geral da qualidade de vida, o teste de Mann-Whitney não encontrou diferenças significativas entre idosos do género feminino (mediana = 3.50) e idosos do género masculino (mediana = 3.50), ($U = 1708.0$, $z = -0.772$, $p = .440$).

A sintomatologia depressiva encontra-se relacionada de forma estatisticamente significativa, negativa e moderada, com a qualidade de vida no domínio físico ($r = -.542$), domínio psicológico ($r = -.633$), domínio relações sociais ($r = -.504$) e domínio ambiente ($r = -.434$) e de forma negativa e fraca, com o domínio geral ($r = -.354$). Como os coeficientes são negativos isso significa que quanto mais elevada é a sintomatologia depressiva mais baixa é a qualidade de vida.

Na sintomatologia depressiva, o teste de Mann-Whitney encontrou diferenças significativas entre idosos que vivem sozinhos (mediana = 16.0) e idosos que vivem com o cônjuge (mediana = 10.0), ($U = 513.50$, $z = -2.570$, $p = .010$).

Na qualidade de vida, em geral, o teste de Mann-Whitney encontrou diferenças significativas entre idosos que vivem sozinhos (mediana = 3.25) e idosos que vivem com o cônjuge (mediana = 3.50), ($U = 725.0$, $z = -1.964$, $p = .050$).

A idade e a sintomatologia depressiva não se correlacionaram ($r = .064$)

A idade encontra-se relacionada de forma estatisticamente significativa e fraca com a qualidade de vida no domínio físico ($r = -.228$).

Tabela 4 – Correlação entre a qualidade de vida e a idade

	Idade
Domínio físico	-,228*
Domínio psicológico	-,054
Domínio relações sociais	-,089
Domínio ambiente	,094
Domínio geral	-,190

* $p \leq .05$ * Two tailed

Capítulo 5. Discussão dos Resultados

No quinto capítulo são discutidos os resultados obtidos, de acordo com a sequência utilizada na análise destes e seguindo, igualmente, os objetivos e hipóteses descritos no Capítulo 2.

No que respeita à análise da prevalência da depressão em ambos os meios (rural e urbano), os resultados mostram que a sintomatologia depressiva tem tendência a ser ligeiramente mais elevada no meio rural do que no meio urbano. No estudo de Blazer e col. (1992, cit. por Fernandes, 2000), em que foi analisado a influência do local de residência no aparecimento de depressão, os autores verificaram que os idosos residentes em áreas urbanas apresentavam valores mais elevados de perturbações do que os residentes em áreas rurais, ao contrário do que se verificou na amostra em estudo. Para explicar esta diferença poderão estar outros fatores, apontados num outro estudo de Blazer (2009), como a idade, o género, a limitação física e nível socioeconómico, com particular impacto, na coorte rural em questão, no meio sociocultural e socioeconómico português. Estes fatores parecem afetar o aparecimento de sintomas depressivos e podem responder à tendência da sintomatologia depressiva ser mais elevada no meio rural em vez de no meio urbano, ao contrário do que alguns estudos apontam. Ainda assim, nesta amostra, podemos dizer que não se confirma a existência de diferenças significativas entre os dois meios, pelo que podemos afirmar que não se confirma a *hipótese 1*.

Relativamente à análise da prevalência da qualidade de vida (rural versus urbano), os resultados mostram que no domínio físico da qualidade de vida foram encontradas diferenças significativas, sendo esta mais elevada nos meios urbanos do que nos meios rurais. O mesmo podemos dizer relativamente ao domínio ambiente da qualidade de vida, onde foram encontradas diferenças significativas, com pontuação mais elevada no meio urbano do que no rural. Segundo

Walker (2005, cit. por Fortunato & Simões, 2010), a qualidade de vida na terceira idade resulta da combinação de fatores relacionados com o curso de vida e fatores situacionais imediatos, como os recursos individuais e psicológicos do indivíduo, oportunidades, recursos económicos e recursos sociais atuais da vida como a coesão e inclusão social. Ainda segundo este autor, os recursos que influenciam a qualidade de vida não são diferentes para os diversos grupos etários, contudo, podem exercer uma influência diferente consoante a fase de vida em que estes se encontram, como é o caso da saúde e autonomia funcional que assumem uma grande relevância para o indivíduo idoso. Estes resultados obtidos, no nosso estudo, podem ser justificados pelo fato de no meio urbano haver uma melhor rede de transporte, acesso a oportunidades de atividades de lazer e melhores acessos aos cuidados de saúde do que no meio rural. Desta forma podemos afirmar que se confirma a *hipótese 2*.

No que respeita à análise da prevalência da relação entre a depressão em função do género, *Hipótese 3*, os resultados mostram uma tendência para sintomatologia depressiva nos idosos do género feminino, ainda que esta não seja estatisticamente significativa. Radloff e Rae (1979) consideram que as depressões vividas pelos mais velhos se podem distinguir pelo sexo, sendo que as mulheres são mais suscetíveis de desenvolver episódios depressivos. Outros autores referem, igualmente, que, em amostras de idosos, é nas mulheres que as pontuações de depressão são mais elevadas (Coleman, Aubin, Robinson, Ivani-Chalian, & Briggs, 1993; Zunzunegui et al., 2007). Isto verifica-se na amostra do presente estudo, ou seja, o resultado não diverge da revisão de literatura, mas não chega a ser significativo.

No que respeita à análise da qualidade de vida em geral, em função do género, hipótese 4, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nesta amostra. Podemos colocar a hipótese de que mais que o género dos participantes é importante a perceção do próprio em

relação à sua qualidade de vida e esta, sendo multidimensional, agrega a dimensão física, psicológica, social e ambiental, introduzindo pois variáveis diversificadas (Paúl, Fonseca, Martín, & Amado, 2005).

Relativamente à análise da relação entre a depressão e qualidade de vida, *hipótese 5*, a sintomatologia depressiva encontra-se relacionada de forma estatisticamente significativa, negativa e moderada, com a qualidade de vida no domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio ambiente, e de forma negativa e fraca, com o domínio geral. Como os coeficientes são negativos isso significa que quanto mais elevada é a sintomatologia depressiva mais baixa é a qualidade de vida. Conforme se reviu na fundamentação teórica, estas correlações já seriam de esperar. Vários autores chegaram a conclusões idênticas e apontaram uma relação inversa entre a qualidade de vida e a depressão (Fleck e col., 2002; Xavier e col., 2001, cit. por Carneiro e col., 2007). Por exemplo, Fleck e col. (2002) tentaram perceber esta associação, concluindo que esses resultados reforçam a afirmação de que a sintomatologia depressiva tem uma alta associação com a baixa qualidade de vida. Confirma-se a *hipótese 5* deste estudo.

No concerne à análise dos níveis de depressão entre os idosos que vivem sozinhos e os que vivem com o conjugue, podemos afirmar que existem valores mais elevados de sintomatologia depressiva nos que vivem sozinhos do que nos que vivem com o conjugue, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, o que vem de encontro à literatura. Para Blatt (2004), as relações interpessoais positivas e competências pessoais parecem proteger os indivíduos do desenvolvimento de uma depressão. O aparecimento de estados depressivos pode então aparecer devido à diminuição de alguns fatores, tais como a perda do suporte sociofamiliar. Assim, podemos afirmar que se confirma a *hipótese 6* deste estudo.

Em relação à análise da qualidade de vida entre os idosos que vivem sozinhos e os que vivem com conjugue, podemos afirmar que os que vivem com o conjugue têm valores mais elevados de qualidade de vida do que os que vivem sozinhos, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, o que vai de encontro às hipóteses anteriores. Jacob (2007), ao fazer uma revisão de estudos sobre a qualidade de vida dos idosos, observou que esta está depende sobretudo dos seguintes determinantes: a) possuir autonomia para executar as atividades do dia-a-dia; b) manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; c) ter recursos económicos suficientes; e d) realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente. Estes determinantes apontados serão também relevantes na amostra em estudo. A *hipótese 7* confirma-se pois, indo de encontro à revisão da literatura.

Relativamente à associação entre a sintomatologia depressiva e a idade, na amostra em estudo, estas variáveis não se correlacionam pelo que não se confirma a *hipótese 8*. Blazer (2009) aponta alguns fatores como a idade, género, limitação física e nível socioeconómico, como já referido, como passíveis de contribuir para o aparecimento de sintomas depressivos, no entanto, no nosso estudo, não se confirma a associação entre a idade e a sintomatologia depressiva, fazendo crer que os adultos mais velhos avaliados experienciar-se-iam como sobreviventes e, nessa medida, não desenvolveriam sintomas depressivos.

No entanto a idade encontra-se relacionada de forma estatisticamente significativa e fraca com a qualidade de vida no domínio físico, o que vem confirmar a *hipótese 9*. Para Walker (2005, cit. por Fortunato & Simões, 2010), os recursos do próprio que influenciam a qualidade de vida não são diferentes para os diversos grupos etários, contudo, podem exercer uma influência diferente consoante a fase de vida em que os indivíduos se encontram, o que pode

explicar a existência da relação estatisticamente significativa da idade com a qualidade de vida na nossa amostra.

Capítulo 6. Conclusão

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões do presente estudo, são referidas algumas limitações e sugerem-se propostas para futuras investigações.

O presente estudo incidiu na análise do estudo da depressão e da qualidade de vida nos idosos em meio rural e meio urbano. Os resultados obtidos demonstraram que, na análise da prevalência de depressão em ambos os meios, não se confirma a existência de diferenças significativas entre eles, ainda que se denote uma ligeira tendência para valores de sintomatologia depressiva mais elevada no meio rural. No que diz respeito à qualidade de vida, especificamente na avaliação dos domínios físico e do ambiente, os participantes dos dois meios ecológicos distinguem-se significativamente, sendo mais elevada a avaliação realizada pelos do meio urbano.

Os resultados alcançados também permitiram concluir que a sintomatologia depressiva se encontra relacionada com os vários domínios da qualidade de vida, sendo que quanto mais elevada é a sintomatologia depressiva mais baixa é a qualidade de vida, o que vai de encontro à literatura revista.

Podemos ainda concluir que a depressão e a qualidade de vida não se associam com o sexo, muito embora se verifique uma tendência para a sintomatologia depressiva ser mais elevada no género feminino e a qualidade de vida mais elevada no género masculino.

Outra conclusão interessante que podemos retirar deste estudo prende-se com a relação entre depressão e qualidade de vida, e o viver só ou com a companhia do conjuge. Os idosos que vivem sozinhos têm valores mais elevados de sintomatologia depressiva do que os que vivem com o conjuge. Por outro lado, na qualidade de vida, são os idosos que vivem com o

conjugue que apresentam maior qualidade. Estas conclusões vão de encontro à revisão de literatura. A idade não se associa com a depressão, encontrando-se no entanto relacionada com a qualidade vida.

Das nove hipóteses colocadas apenas cinco foram confirmadas.

No que se refere às limitações do presente estudo, destaca-se, primeiramente, o facto de a amostra ser de conveniência, tendo sido recolhida através do método “bola de neve”, o que traz implicações no âmbito da limitação afeta à generalização dos resultados para a população. Também o relativo reduzido número de indivíduos que compõem a amostra pode ter algumas implicações.

Outra questão prende-se com a aplicação dos instrumentos que seguiu duas formas, ou por autoaplicação ou por aplicação oral (no caso de dificuldade de leitura por motivos visuais ou de compreensão das frases), ainda que, na maior parte dos casos, os questionários tenham sido preenchidos autonomamente. Atendendo à faixa etária em questão, é de referir a possibilidade de cansaço psicológico que possa ter existido, bem como a incompreensão de alguns itens dos questionários, levando a uma eventual falta de cuidado nas respostas aos mesmos. Tendo em conta o propósito do estudo da sintomatologia depressiva, parecem relevantes as consequências derivadas de um possível efeito de desajustamento social, na medida em que tal tema acarreta questões de vulnerabilidade e confronto com uma realidade própria bastante delicada.

Outra questão de relevo está relacionada com a faixa etária correspondente, grande parte da literatura que incide sobre os adultos mais velhos, no geral refere-se aos chamados jovens idosos e, mais recentemente, aos idosos muito velhos, ficando uma lacuna nas investigações relativa a esta idade intermédia, não tendo sido, assim, possível encontrar muitos estudos que

pudessem justificar ou permitir uma melhor compreensão dos resultados obtidos, particularmente, quanto a este grupo dito do meio.

Apesar das limitações indicadas, o presente estudo parece poder contribuir, de alguma forma, para a compreensão do processo de envelhecimento, tal como para abrir caminho quanto ao conhecimento sobre a faixa etária da idade adulta avançada. Particularmente sobre a sintomatologia depressiva e/ou a depressão nos mais velhos, é sugerido que a mesma está associada a baixo nível de qualidade de vida ao longo do tempo (Berg et al., 2009). Tal poderá suscitar a questão da etiologia da sintomatologia depressiva e da depressão nos mais velhos, ou seja, se a mesma se deve, mera e exclusivamente, à faixa etária em causa, ou se poderão existir circunstâncias, ao longo da vida, predisponentes para este quadro, quando se é mais velho.

Outros aspetos parecem assumir grande relevância, tendo em conta o preconceito e os estereótipos que envolvem a velhice e os mais velhos e, lembrando a saúde como uma variável pertinente para o estudo desta faixa etária, por hipótese, até que ponto não seria proveitoso fomentar iniciativas de formação para a classe profissional da saúde, por forma a controlar diagnósticos errados de depressão que se fazem acompanhar de uma terapêutica farmacológica excessiva que, não raras vezes, não dá lugar à adesão a um processo de acompanhamento psicológico, eventualmente mais eficaz e promotor de bem-estar.

Referências Bibliográficas

- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging and Mental Health*, 13(2), 191-201.
- Blazer, D. (2009). Depression in Late Life: Review and commentary. *Focus*, 7 (1), 118-136. Disponível em <http://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=52836>
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para portugueses de Portugal: Apresentação de um projecto*. Projecto apresentado no 6º Congresso Virtual HIV/AIDS, Agosto 2015. Retirado em SIDAnet – Associação Lusófona Website: http://www.aidscongress.net/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Coleman, P., Aubin, A., Robinson, M., Ivani-Chalian, C., & Briggs, R. (1993). Predictors of depressive symptoms and low self-esteem in a follow-up study of elderly people over 10 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(4), 343-349.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York. Norton & Co.

- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Una Introducción. In R. Fernandez-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social* (pp. 31-54). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe & Huber.
- Fleck, M. P. A., et al. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1), 33-38.
- Fonseca, A. M. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.285-311). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martin, I., & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortunato, P. J., & Simões, F. (2010). *Envelhecer bem: Um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade*. Dissertação de mestrado em Gerontologia não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro.

- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 339-348.
- Hughes, C. (2005). Depression in older people. In S. Redfern & F. Ross (4th ed.), *Nursin Older People*, (pp. 529-553). Churchill Livingstone. Disponível em <http://www.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780443074592/9780443074592.pdf>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projecções de população residente em Portugal 2008 – 2060: Relatório anual 2009*. Acedido em 2014, Novembro de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestbou=65573359&DESTAQUESmodo=2.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: Actividades*. Porto: Âmbar.
- Loureiro, M. (2009). *Validação da escala do Center for Epidemiologic Studies of Depression – CES-D numa população de idosos*. Dissertação de mestrado em Geriatria não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Millenium - Revista do ISPV*, 34, 119-123. Acedido em 2014, Novembro de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>Melo, L. & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: Solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura* III, 1, 107-121.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Oliveira, D. A. A. P., Gomes, L., & Oliveira, R. F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista Saúde Pública*, 40(4), 734-736.
- OMS (2001). Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: Nova concepção, nova esperança. Retirado de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>.
- Pasqualotti, A., Barone, D. A. C., & Doll, J. (2008). Avaliando as perdas comunicativas nas relações sociais de um grupo de idosos com traços depressivos. *Jornadas Latino-Americanas de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias*, Rio de Janeiro.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 77-95). Climepsi Editores.
- Radloff, L. S., & Rae, D. S. (1979). Susceptibility and precipitating factors in depression: Sex differences and similarities. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(2), 174-181.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). The structure of successful aging. In J.W. Rowe & R.L. Kahn (Eds.), *Successful aging* (pp. 36-52). New York: Dell Publishing.
- Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Dissertação de Licenciatura, submetida à Faculdade de Ciências Humanas e sociais, da Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.
- Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2005). Models of the aging Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375-388.
- Vaz, S. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado – Estudo em idosos residentes nos lares no distrito de Bragança*. Dissertação de mestrado em Psicologia do Idoso não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Acedido em Janeiro 2015, em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

ANEXOS

Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Data de aplicação: ____ / ____ / ____

1. a) Idade: _____

b) Idade que sente que tem: _____

c) Idade que gostaria de ter: _____

2. Nacionalidade: _____

3. Naturalidade: _____

4. Área de residência: _____

5. Com quem vive: _____

6. Sexo: F ☐ M ☐

7. Escolaridade:

Ausência de escolaridade ☐

Ensino básico incompleto ☐

Ensino básico completo ☐

Ensino Secundário incompleto ☐

Ensino Secundário completo ☐

Curso médio ☐

Curso Superior ☐

Outro ☐

Qual _____.

8. **Atividade Profissional** (se é reformado (a) indique a profissão anterior e há quanto tempo passou à reforma)

Reformado(a): Sim ☐ Não ☐

- a) Se **Sim**, há quantos anos? _____.
- b) **Profissão anterior:** _____.
- c) Se **Não**, qual a sua profissão atual? _____.

9. **Estado Civil:**

Solteiro(a) ☐

Casado(a) ou vivendo como tal ☐

Viúvo(a) ☐ Há quanto tempo? _____.

Divorciado(a) ou separado(a) ☐

9. a) **Se é viúvo(a), como avalia a sua adaptação à viuvez?**

Muito boa

Boa

Razoável

Má

Muito má

☐☐☐☐

10. **Agregado familiar atual:**

Vive só ☐

Vive com o cônjuge ☐

Vive com o cônjuge e terceiros ☐

Vive com terceiros ☐

Vive numa instituição ☐

Outro ☐

Qual _____.

11. **Está satisfeito(a) com essa situação?**

Sim ☐ **Não** ☐

12. **Tem o apoio de familiares?**

Sim ☐ **Não** ☐

13. **Parentalidade:**

Tem filhos?

Sim ☐ **Não** ☐

Se **Sim**, quantos? _____.

14. **Situação económica:**

Muito satisfatória ☐

Satisfatória ☐

Pouco satisfatória ☐

Nada satisfatória ☐

15. **Participação em atividades:**

Centradas na vida doméstica/familiar ☐

Frequenta centro de dia ☐

Frequenta universidade da terceira idade ☐

Frequenta grupos recreativos na igreja ☐

Centradas nos amigos(as) ☐

Outro ☐

Qual _____.

16. **Relações Interpessoais:**

a) **Relações familiares (grau de contacto):**

Muito frequente	<input type="checkbox"/>
Frequente	<input type="checkbox"/>
Ocasional	<input type="checkbox"/>
Inexistente	<input type="checkbox"/>

b) Relações familiares (qualidade):

Muito satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Pouco satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Nada satisfatórias	<input type="checkbox"/>

c) Relações de amizade (grau de contacto):

Muito frequente	<input type="checkbox"/>
Frequente	<input type="checkbox"/>
Ocasional	<input type="checkbox"/>
Inexistente	<input type="checkbox"/>

d) Relações de amizade (qualidade):

Muito satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Pouco satisfatórias	<input type="checkbox"/>
Nada satisfatórias	<input type="checkbox"/>

17. Tem um confidente?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

18. Crenças e práticas religiosas:

- Sem crença religiosa ☐
- Com crença religiosa e sem práticas religiosas ☐
- Com crença e práticas religiosas “privadas” (por exemplo: orações, leitura) ☐
- Com crença e práticas religiosas “públicas” (por exemplo: celebrações, missas, festejos) ☐
- Com crença e práticas religiosas “públicas” e “privadas” ☐

19. Está atualmente doente?

Sim ☐ Não ☐

- a. Se Sim, que doença tem? _____.
- b. Se Sim, há quanto tempo? _____.
- c. Se Sim, qual o regime de tratamento?

Internamento ☐ Consulta externa ☐ Sem tratamento ☐

20. Sente com frequência o desejo de morrer?

Sim ☐ Não ☐

21. Pensa frequentemente no suicídio?

Sim ☐ Não ☐

22. Já alguma vez tentou suicidar-se?

Sim ☐ Não ☐

- a. Se Sim, quantas vezes? _____.
- b. Se Sim, como o tentou fazer? _____.
- c. Se Sim, estava sozinho(a)? _____.

- d. **Se Sim, como foi socorrido(a)?**_____.
- e. **Se Sim, há quanto tempo atrás?** _____.
- f. **Se Sim, o que o(a) levou a fazê-lo?**_____.
- g. **Se Sim, o que sente que mais precisava nessa altura?**
_____.

Obrigado(a) pela sua colaboração.

